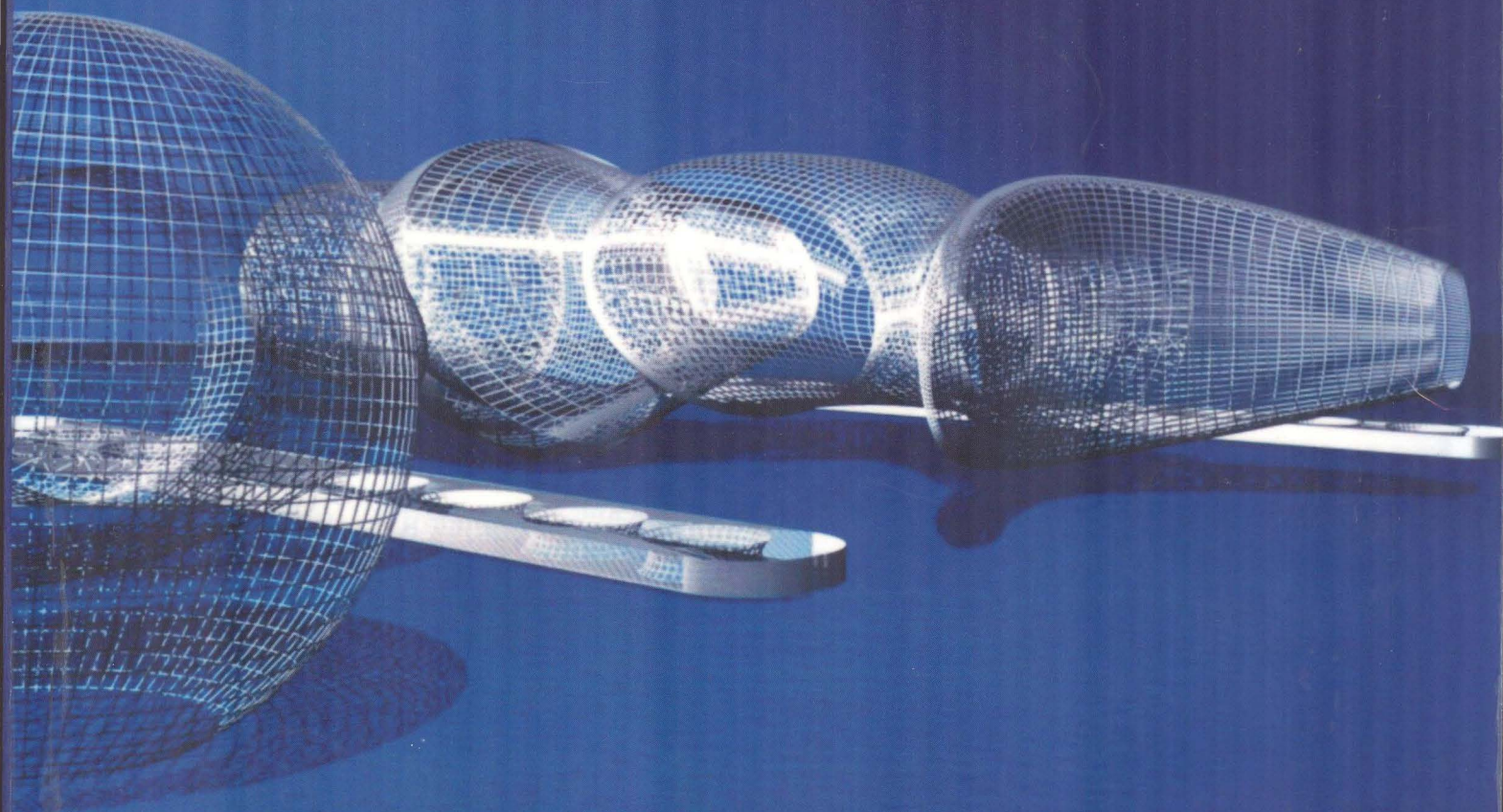


ISSN 1684-9280

Травматология ЖЭНЕ Ортопедия

Специальный выпуск



2/2005

ПЕРЕЛОМ БЕННЕТА¹Н.Б. ОРЛОВСКИЙ, ²М.Н. ОРЛОВСКИЙ¹Казахская государственная медицинская академия,²Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Беннет сынығы бар 97 науқасқа қолданған емнің нәтижесіне сараптама жүргізілген. Анықталғаны көптеген жағдайда консервативті ем ыңғайлы нәтиже берген. Оперативті ем жабық репозиция сәтсіз немесе жарықшалы сынықтар кезінде көрсетілген. Ерте оңалту (реабилитация) міндетті элемент болып табылады.

Analysis Conclusion of 97 Patients Beenet,s fracture. Et was Cleared that Conservative treatment hane a much more and good results. Operative treatment refers in that Case where There is no Progression in Close reposition in Comminuted fractures elements necessary for early rehability.

В 1881г. ирландский врач Edward Bennett продемонстрировал Дублинскому обществу патологов переломы волярного отростка с подвывихом основания 1 пястной кости, обратив внимание на ряд закономерностей при этой патологии.

Внимание переломам Беннета уделяли все классики мировой и отечественной травматологии [1,3,4,16,8].

За прошедшие 100 лет переломам, получившим имя Беннета, посвящено 3 монографии [11], 2 диссертации [7,10] и более 300 публикаций в отечественной и зарубежной периодической печати.

По данным Moberg [12], 78% переломов 1 пястной кости локализуется в области ее основания, в том числе 34% составляют классические переломы Беннета. По материалам Б.Н. Постникова [7], эти переломы составляют 28,82% всех переломов 1-й пястной кости, по данным А. В. Щабунина - 4,8% всех закрытых переломов

костей кисти.

По общему мнению всех авторов, лечение описываемых повреждений даже в острых случаях - ответственная и достаточно сложная задача, а в несвежих случаях требует обязательного хирургического вмешательства, потому что неправильно сросшийся перелом Беннета и через несколько лет после травмы вызывает болевые ощущения и функциональные расстройства.

Анатомические и функциональные результаты этих повреждений, как правило, недостаточно эффективны [9]. По данным Шведского страхового общества, после переломов Беннета различная степень утраты трудоспособности устанавливается у 25% пострадавших, т. е. так же часто, как и при переломах бедренной кости. Bohler рассматривал переломы Беннета как наиболее значительные среди всех переломов пястных костей.

Совокупность блоковидного шарнирного соединения в пястно-фаланговом суставе и седловидного пястно-запястного сустава выгодно обособливает 1 палец, с точки зрения биомеханики, и обеспечивает ему обширный комплекс движений, слагающийся из функции сгибания-разгибания, приведения-отведения, противопоставления и осевого вращения. Это превращает большой палец в наиболее значительный орган всей кисти.

Степень развития волярного отростка и вогнутость его основания индивидуально различны и, безусловно, имеют значение в клинике переломов основания 1 пястной кости [5]. Установлено, чем лучше выражен волярный отросток и чем больше он вогнут в волярно-проксимальном направлении, тем чаще возникают переломы Беннета.

Расположение плоскости перелома основания 1 пястной кости наблюдается в широких пределах (от 20° до 160°) по отношению к оси пястной кости. Около 80% переломов возникает по проекции костных балок, наклоненных в сторону волярного отростка. Однако это только один из факторов, который влияет в основном на величину отломка и расположение плоскости перелома. Главными же причинами смещения и подвывиха являются напряжение мускулатуры и связочного аппарата пальца, его положение в пространстве в момент травмы.

Установлено, что наблюдаемые при классических переломах Беннета смещение и ротация волярного отростка являются следствием осевого вращения в суставе в момент травмы, при этом важную роль в этом играют окружающие мышцы и сухожилия, особенно в состоянии мышечной ретракции после травмы.

Помимо типичных симптомов (легкое приведение и укорочение пальца, сглаженность контуров анатомической табакерки) характерна утрата противопоставления и осевого вращения 1 пальца, наблюдаемая в 100% случаев. Диагноз уточняется рентгенографически.

Успешное лечение переломов Беннета обеспечивает прочной иммобилизацией с одновременной ранней реабилитацией.

Общепризнанными методами лечения этих переломов являются: 1) иммобилизация гипсовой повязкой в положении максимального отведения 1 пальца, 2) трансметакarpальное скелетное вытяжение за головку 1 пястной кости или за ее основание, 3) репозиция и фиксация отломков металлическими стержнями, костными штифтами закрытым либо открытым способом.

Рекомендованная Беннетом фиксация 1 пальца в положении максимального отведения эффективна только при переломах без смещения и, следовательно, не имеет широкого применения. Методы вытяжения за мягкие ткани и ногтевую пластинку не устраняют смещения и чреваты опасностью серьезных осложнений, вследствие чего не получили признания и в настоящее время не используются. Оперативное вмешательство на мелких суставах кисти, в частности удаление волярного отростка, редко приводит к вполне удовлетворительным результатам из-за образования рубцов и спаек, препятствующих восстановлению полноценной функции.

Широкое применение получило лечение с помощью металлических конструкций - спиц, штифтов, винтов, балок [12] или костными алло- и ксенотрансплантатами [2], а также специальные аппараты для лечения переломов Беннета, основанные на использовании давления на дорсальный, а соответственно и на волярный отросток основания 1 пястной кости. Однако дискуссии о том, как нужно лечить переломы Беннета - консервативно или оперативно - у представителей практически всех школ закончились в пользу консервативного лечения гипсовой повязкой, о чем свидетельствуют отдаленные результаты лечения переломов Беннета.

Нами опробованы как консервативный, так и оперативный методы лечения. Основным критерием при оценке отдаленных результатов лечения, изученных у 97 из 211

(31,5%) больных, были функциональные исходы этих повреждений. Неудовлетворительные исходы составили 10,3%, удовлетворительные - 27,4%, хорошие и отличные - 62,3%. Кроме того, установлено, что не устраненное угловое смещение в пределах 30°-35°, анатомически выражавшееся в деформации и искривлении оси пястной кости, при восстановленной конгруэнтности суставных поверхностей не сказывалось на функции 1 пальца. При неустраненном же подвывихе основания 1 пястной кости исход лечения осложнялся не только нарушением функции, но и артрозом пястно-фалангового сустава, сопровождавшимся постоянными болями. У больных с неудовлетворительными результатами в различной степени были выявлены выраженные подвывихи, которые, в свою очередь, приводили к потере противопоставления пальца, осевого вращения и сжатия кисти в кулак. Помимо этого имели место потеря приведения большого пальца к радиальному краю кисти и отсутствие сгибания в пястно-фаланговом суставе. При этом, чем более выраженным оставался подвывих, тем ограниченнее были движения в пястно-фаланговом суставе.

Изучение ближайших и отдаленных результатов лечения переломов Беннета и их разновидностей позволило констатировать, что переломы без смещения лучше лечатся консервативным путем — в гипсовой повязке при максимальном отведении 1 пальца. Закрытая репозиция по методу Васильковой в 95% случаев позволяет устранить смещение и подвывих и фиксировать отломки гипсовой повязкой, удерживая основание пястной кости в правильном положении марлевой лентой. Чтобы предотвратить вторичное смещение, кисти придается положение лучевого отклонения, для устранения нарушенного мышечного равновесия и расслабления напряжения длинной отводящей мышцы. В случаях неоднократных безуспешных репозиций предпочтителен чрескостный остеосинтез, а если существуют анатомические препятствия и интерпозиция, то лучшие результаты обеспечиваются устранением подвывиха открытым доступом с фиксацией основания пястной кости металлической спицей.

Ранняя реабилитация, начатая со 2-3 дня, с последующим полноценным комплексом лечебных процедур неизменно обеспечивает лучшие результаты и способствует восстановлению движений и силы пальца в более короткие сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белер Л. Техника лечения переломов костей. - Биомедгиз.-1937.
2. Бойчев Б., Конфорти Б., Чоканов Б. Оперативная ортопедия и травматология.-София,1961.- С. 390-391.
3. Вайнштейн В.Г., Кашкаров С.Е. Лечение закрытых внутрисуставных переломов и вывихов костей конечностей.- Л.,1973.-С. 114-118.
4. Гориневская В. В. Основы травматологии.- М., 1953.- т. 11.- С. 853.
5. Денисенко В. Е. Закрытые повреждения пястных костей и их лечение: автореф. ... канд. мед. наук.-1965.
6. Каплан А.В. Закрытые повреждения костей и суставов.-М., 1956.-С. 229.
7. Постников Б.Н. Переломы Беннета: дис. ...д-ра мед. наук.-Л.,1941.
8. Усольцева Е.В. Закрытые переломы фаланг и метакarpальных костей.-Л.,1989.
9. Benoist D.M.E. La retraction de la commissure du pouce au cours des fractures du premier metacarpien. Thess.- Paris.,1956.
10. Bopp H.M. Anatomische Untersuchungen red Daumensattelgelenk, arthrose. Dis. Kom.- 1965.
11. Ise1in F. A propos du traitement des fractures recentes des metacarpiens et des phalanges Thess.- Paris.,1962.
12. Moberg E. Dringliche Handchirurgie. Stuttgart; G. Thieme.-1964.- №8.- P.70.
13. Robert K. Ober die sogenannte Bennettische Fractur des ersten Metakarpalknochens. -Leipzi,1906.